

Цель исследования: определить показания и противопоказания для проведения ТИАБ и ТБ у пациентов с ГБ.

Материалы и методы: проводился анализ различных протоколов лечения пациентов с ГБ [2, 3], а также иностранных публикаций, посвященных диагностике ГБ, других образований печени и оценке осложнений при проведении ТИАБ.

Результаты: согласно основным протоколам ведения пациентов с ГБ показаниями для проведения биопсии образования печени являются следующие: солидное образование печени; возраст младше 6 месяцев и старше 3 лет; нормальный уровень АФП; необходимость уточнения диагноза (сомнительный диагноз при визуализационных техниках обследования).

Начало лечения пациентов без проведения биопсии возможно при следующих условиях [2]: возраст пациентов старше 6 месяцев и младше 3 лет, уровень АФП выше возрастной нормы, визуализация солидного компонента образования печени с помощью методов инструментальной диагностики (УЗИ, МРТ, КТ). Противопоказано проведение ТИАБ и ТБ при выраженном сосудистом компоненте образования, при тромбоцитопении ($<50 \cdot 10^9/\text{л}$), анемии тяжелой степени тяжести.

Разбор иностранных статей, посвященных анализу осложнений ТИАБ у детей [1], показал относительную безопасность проведения данной манипуляции. Не исключена возможность появления различных осложнений (11,84%), таких, как внутрибрюшное кровотечение (0,5%), подкапсульное кровоизлияние (2,2%) и др. Однако встречаемость данных состояний статистически незначима ($p=0,307$).

Выводы: согласно проведенному анализу литературных данных ТИАБ и ТБ печени являются предпочтительными и безопасными методами диагностики для пациентов с подозрением на солидное образование в любом возрасте, в том числе с 6 месяцев до 3 лет.

Литература

1. Carlos Bilreiro et al. Ultrasound-guided liver biopsies in children — a single center experience and risk factors for minor bleeding. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2017.
2. SIOPEL 3.
3. Клинические рекомендации НИИ детской онкологии и гематологии по лечению злокачественных опухолей печени у детей.

ИЗУЧЕНИЕ ЗНАЧЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПАНКОСТА

Василевская О.И., Швабо Ю.В.

Научный руководитель: ассистент Лукошко Е.С.

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность исследования: в последние годы наблюдается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями, в том числе и раком легкого (РЛ). В Беларуси РЛ находится на 1 месте в структуре онкологической патологии. Грубый интенсивный показатель в 2005 г. для мужчин составил 79,5 случаев на 100 тыс. населения, для женщин — 10,1 [1]. Особой формой РЛ является рак Панкоста. Рак Панкоста — апикулярный рак легкого, имеющий субплевральную локализацию и сопровождающийся прорастанием нервно-сосудистого пучка, нижних шейных позвонков, верхних ребер и других близлежащих анатомических образований. Выявить данную патологию позволяют рентгенография и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов грудной клетки.

Цель исследования: изучить значение лучевых методов в диагностике рака Панкоста.

Материалы и методы: проведено выборочное статистическое исследование, объектом которого стали архивные данные 409 пациентов торакального отделения с раком верхушки легкого. Возраст пациентов 27–87 лет. Медиана наблюдения составила 60 месяцев.

Результаты: на основании материалов статистического исследования были отобраны 2 пациента с диагнозом рак Панкоста. Оба пациента — мужчины, в возрасте 58 лет и 67 лет. Для постановки диагноза были использованы рентгенография и МСКТ органов грудной клетки. Данные методы позволили увидеть ряд признаков, характерных для рака Панкоста. Новообразования локализовались у обоих пациентов в правом легком, имели нечеткий лучистый контур, прилежали к паракостальной плевре. Размер образований варьировал в разных диапазонах (у первого пациента — 44*47*47 и 50*57*44 — у второго). Отличительной особенностью опухоли стало прорастание опухоли в средостение у первого пациента и прорастание в кости (Th5 и головку 5-го ребра) у второго.

Выводы: в результате проведенного исследования было выявлено, что рак Панкоста составляет 0,5% от всех случаев рака верхушки легкого, причем данная патология встречается преимущественно у мужчин.

Литература

1. Океанов, А.Е., Моисеев, П.И., Левин, Л.Ф. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2004–2013) / А.Е. Океанов, П.И. Моисеев, Л.Ф. Левин // Минск: РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова. 2014. 382 с.

СИНДРОМ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ СОСКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Василькевич М.И.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Хоров А.О.

Кафедра онкологии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность исследования: синдром выделения из соска молочной железы встречается в широких возрастных группах достаточно часто. При этом важно четко дифференцировать патологический процесс [1]. Внимания заслуживает тактика ведения данных пациентов, исходы диагностики и лечения.

Цель исследования: дать характеристику пациентам с синдромом выделения из соска, определить число пациенток в общей структуре, выявить взаимосвязь синдрома с присутствием облигатного предрака и рака молочной железы [2].

Материалы и методы: из 876 пациенток с доброкачественными новообразованиями молочной железы, обратившихся в УЗ «ГОКБ» в период с 05.2016 по 10.2018, включены в исследование 116 пациенток с синдромом выделений из соска МЖ. Данные получены из медицинской документации. Обработка с помощью STATISTIKA 10.0.

Результаты: прооперировано 70 пациентов с наличием выделений из соска. Среди них: 69 женщин и 1 мужчина; городские жители — 51, сельские — 19; в возрасте до 40 лет — 16, после 40 лет — 54. Диагностика: физикальные исслед., УЗИ, маммография, цитологические методы. Пальпаторно 14,2% пац. имели опухолевидное образование в МЖ; информативность УЗИ — 92,8%; маммографии — 94,6%; биопсии — 96,1%. Цитологически в пат. отделяемом из соска МЖ в 31,4% случаев атипия не выявлялась, но гистологически обнаруживались клетки рака. [3]. Постоперационная гистология: в 2,8% случаев был выставлен рак МЖ; сочетание РМЖ с внутримаммарными папилломами (ВПП) и фиброзно-кистозной мастопатией (ФКМ) — 4,4% случаев; только ВПП — 20%; сочетание ВПП с фибroadеномой (ФА) — 8,6%; ВПП с РМЖ — 4,2%; ВПП со склерозирующим аденозом — 1,4%; ВПП с липомами — 1,4%; фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ) — 4,3%; сочетание ВПП с ФКМ — 38,6%; сочетание ВПП с фиброзной мастопатией — 10%; ВПП с ФКМ и ФА — 2,9%; атерома области соска — 1,4%.

Выводы: таким образом, в большинстве случаев у пациенток с синдромом выделения из соска молочной железы при качественном диагностическом алгоритме удается определить и предотвратить развитие рака.

Литература

1. Lewis J.T., Hartmann L.C., Vierkant R.A. An analysis of breast cancer risk in women with single, multiple, and atypical papilloma. Am J Surg Pathol 2006;30(6):665–72.